

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันตนเองต่อพฤติกรรม
สุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Effects of a Protection Motivation Theory-Based Health Education
Program on Health Behaviors among Older Adults with Chronic
Non-Communicable Diseases

อภิรดี วังคะฮาท **, พิมพัญญาตา สุนา *, นัสรีนทร์ มะโซ๊ะ **, วิลดานีย์ สะลิก **, นุรลัยลาร์ ตาเลฮ์ **,
นุรอัสมา สะมาแอดาโอะ **, มุสลิมะห์ แลสะอิ **, ปัญจมาพร รัตนหน **, และอนันต์ อiftikhal **

Apiradee Wangkahart **, Pimyada Suna *, Nasrin Masoh **, Wildanee Saleekee **,
Nurlaila Talehnu **, Nur-asma Samaae-daoh **, Muslimah Laesa-l **,
Panchamapohn Rattanahon **, and Anan Iftikhal **

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลูกตาไก่*
Kutakai Sub-District Health Promoting Hospital *

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร**
Faculty of Public Health, Kasetsart University, Chalermprakiat Sakon Nakhon Province Campus **

E-mail¹ : anan.i@ku.th

Date Received : 17 November 2025

Date Revised : 22 July 2026

Date Accepted : 24 July 2026

Date Published online : 25 September 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุ 60-69 ปี จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลูกตาไก่ อำเภอปลาปาก

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author)

จังหวัดนครพนม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมสุขศึกษา และแบบสอบถามจำนวน 8 ตอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.0) มีอายุเฉลี่ย 65.16 ± 2.46 ปี ภายหลังการดำเนินโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันตนเองและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ ด้านความรู้ ทักษะ การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันตนเองสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, พฤติกรรมสุขภาพ, ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค, การดูแลตนเอง

Abstract

This Pre-experimental research One-Group Pretest–Posttest Design study aimed to compare the mean scores of knowledge, attitudes, perceived severity, perceived susceptibility, response efficacy, self-efficacy, and health behaviors among older adults before and after participation in the health education program. The participants consisted of 50 older adults aged 60–69 years, selected using purposive sampling. The research instruments included a health education program and a structured questionnaire comprising eight sections. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics using paired samples t-test, with a significance level set at 0.05.

The results showed that most participants were female (64.0%), with a mean age of 65.16 ± 2.46 years. After the intervention, the mean scores of variables based on Protection Motivation Theory and health behaviors significantly increased compared to the pre-intervention period ($p < 0.001$), including knowledge, attitudes, perceived severity, perceived vulnerability, response efficacy, self-efficacy, and self-care behaviors. In conclusion, the health education program based on Protection Motivation Theory was effective in improving health behaviors among older adults with chronic non-communicable diseases. Therefore, health service providers can apply this program to promote health behaviors among older adults in community settings.

Keywords: Older adults, Non-communicable diseases, Health behaviors, Protection Motivation Theory, Self-care

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2566) โรคสำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรัง โรคเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดและการดำเนินของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) แม้ว่าผู้สูงอายุจำนวนมากจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแล้ว แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากสามารถช่วยควบคุมระดับความรุนแรงของโรค ชะลอการดำเนินของโรค และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน (American Diabetes Association, 2023) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเลิกสูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นกลไกสำคัญในการลดภาระของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลกุดดู่ อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม พบว่าผู้สูงอายุยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในหลายด้าน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันตนเอง (Protection Motivation Theory: PMT) เป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ (Rogers, 1975, 1983) โดยอธิบายว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินภัยคุกคาม ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) ควบคู่กับการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ได้แก่ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน (Milne et al., 2000) งานวิจัยที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ PMT ในโปรแกรมสุขภาพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีความสำคัญและเหมาะสมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการป้องกันการเกิดโรค สอดคล้องกับบริบทของในชุมชนและเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

แนวคิด ทฤษฎี

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันตนเอง (Protection Motivation Theory: PMT) ได้รับการพัฒนาโดย Rogers (1975) เพื่ออธิบายกระบวนการตัดสินใจของบุคคลในการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ โดยเน้นบทบาทของการรับรู้และการประเมินข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับภัยคุกคามด้านสุขภาพ และได้รับการปรับปรุงให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้นในปี ค.ศ. 1983 (Rogers, 1983) โดยทฤษฎีดังกล่าวเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากกระบวนการประเมิน 2 ส่วน ได้แก่ กระบวนการประเมินภัยคุกคาม (Threat appraisal) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived vulnerability) ซึ่งมีบทบาทในการกระตุ้นให้บุคคลตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และกระบวนการประเมินการรับมือ (Coping appraisal) ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือควบคุมโรค ทั้งนี้ การทำงานร่วมกันของสองกระบวนการดังกล่าวจะนำไปสู่แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้องค์ประกอบหลักของทฤษฎีที่สัมพันธ์โดยตรงกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โดยไม่ได้รวมตัวแปรด้านต้นทุนของการตอบสนอง (Response costs) เนื่องจากบริบทของการดำเนินกิจกรรมในชุมชนมุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเชิงบวก การลดอุปสรรคผ่านการสนับสนุน

ทางสังคม และการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง (Ellmers et al., 2022) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การปฏิบัติตนที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งบุคคลสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมดังกล่าวมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมระดับความรุนแรงของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว ทั้งนี้ นิพา ศรีช้าง และลลิตรา ก้าวี (2564) ได้กำหนดแนวทางพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การดูแลสุขภาพช่องปาก การตรวจสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ การป้องกันอุบัติเหตุ และการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่สัมพันธ์โดยตรงกับการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยยังคงอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการพัฒนา พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 30.8–37.8 กลุ่มพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุและเครือข่าย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย (2564) สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างในการส่งเสริมสุขภาพที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการ งานวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Wang et al., 2021) ขณะที่การเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพที่มีการออกแบบอย่างเหมาะสมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Wu et al., 2024) ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโดยตรง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินโรค เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ทั้งนี้ การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่มีแนวคิดทางทฤษฎีและสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธัญญรัตน์ ศุภการนเรศรัษฎ์ และคณะ (2567) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การใช้สื่อคู่มือ และการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

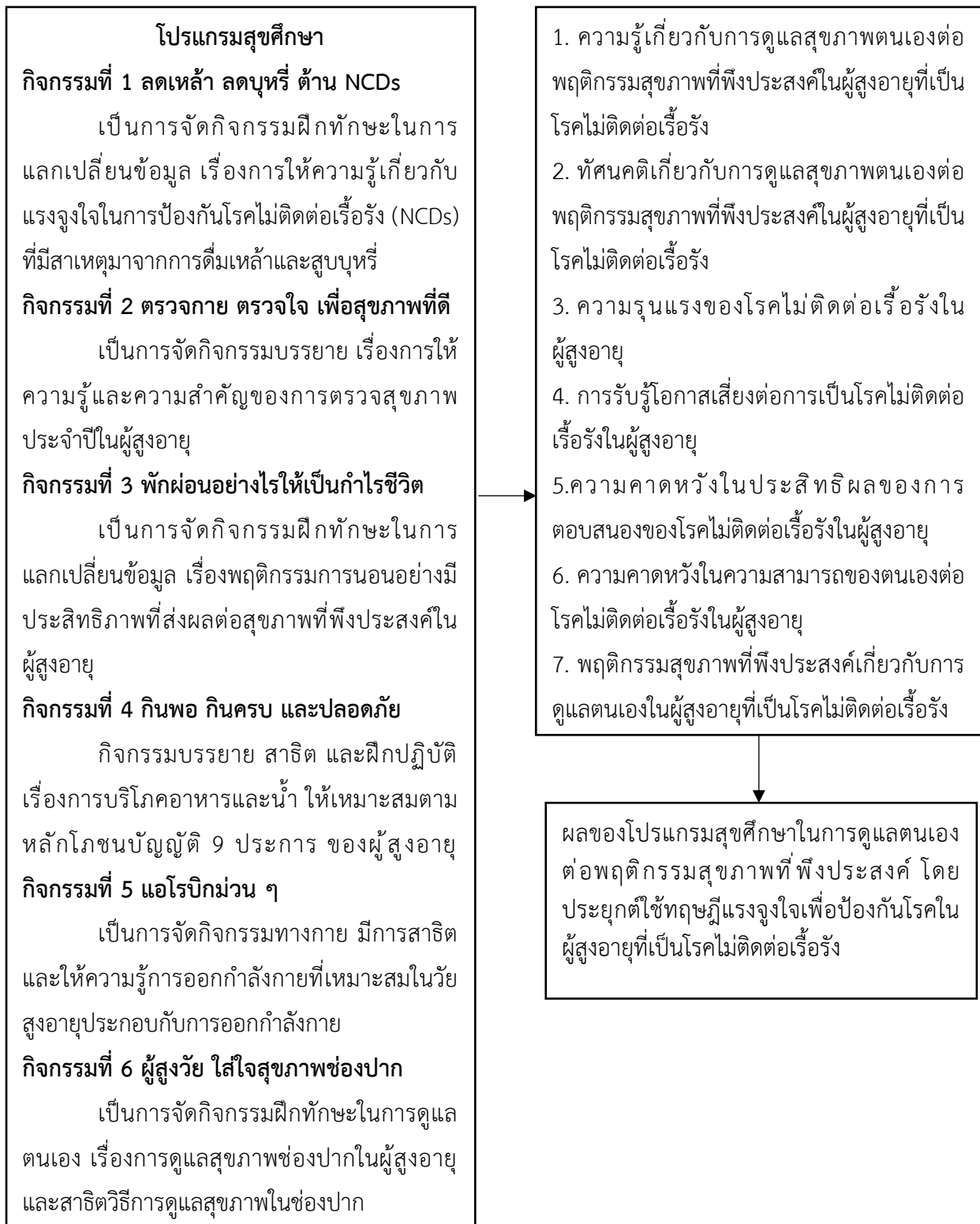
รัตนารณ์ เอี่ยมพรม (2565) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสุโขทัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันตนเอง พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรม การป้องกันโรคสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

วีรวรรณ ทางธรรม และคณะ (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่าก่อน การทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สรุปได้ว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ เปลี่ยนแปลง ทักษะคิด เสริมสร้างความสามารถของตนเอง และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งนำไปสู่การควบคุม โรคที่ดีขึ้นและคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น ยังมีการศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยเฉพาะจังหวัด นครพนมอยู่ในจำนวนจำกัด การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเพิ่มพูนองค์ความรู้และเป็นแนวทางใน การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ออกแบบให้โปรแกรมสุขศึกษาเป็นตัวแปรอิสระ โดยโปรแกรมสุขศึกษามุ่งพัฒนา ด้านความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้น ตัวแปรตาม ของการวิจัย ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล ของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยคาดว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนของตัวแปรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest–Posttest Design) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบประเมินที่มีเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกตำบล อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 305 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 – 69 ปี ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 50 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60–69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น)
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคไขมันในเลือดสูง
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจคำสั่งได้ดี
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือมีโรคร่วมที่ส่งผลกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
2. มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

4. ขอบเขตจากการวิจัยในระหว่างการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 50 คน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครบทั้งหมด คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 100 โดยผู้เข้าร่วมสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันตนเอง ครอบคลุมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 7 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โปรแกรมดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วง 6 สัปดาห์แรก ครั้งละประมาณ 60-90 นาที จากนั้นเว้นระยะ 6 สัปดาห์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้นำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ก่อนทำการประเมินผลหลังการทดลองรวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง โดยประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ลดเหล้า ลดบุหรี่ ด้าน NCDs

เป็นกิจกรรมฝึกทักษะเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโทษของการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยผู้เข้าร่วมจะได้รับความรู้เกี่ยวกับแรงจูงใจภายในในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ พร้อมทั้งเรียนรู้แนวทางส่งเสริมสุขภาพตนเองและชุมชนให้ปลอดภัยจากโรค NCDs อย่างยั่งยืน

กิจกรรมที่ 2 ตรวจกาย ตรวจใจ เพื่อสุขภาพที่ดี

กิจกรรมบรรยายเรื่องการให้ความรู้และความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปีในผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยเนื้อหาจะครอบคลุมความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี รายการตรวจที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 3 พักผ่อนอย่างไรให้เป็นกำไรชีวิต

กิจกรรมฝึกทักษะในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเรื่องพฤติกรรมนอนอย่างมีประสิทธิภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้วิธีการนอนหลับอย่างถูกต้อง การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนนอน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนที่ดี ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจที่สมดุลและยั่งยืน

กิจกรรมที่ 4 กินพอ กินครบ และปลอดภัย

กิจกรรมบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติเรื่องการบริโภคอาหารและน้ำให้เหมาะสมตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการของผู้สูงอายุ เพื่อเสริมความรู้ในการเลือกอาหารครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ และดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ พร้อมสาธิตการจัดเมนูสุขภาพและการอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

กิจกรรมที่ 5 แอโรบิกม่วน ๆ

กิจกรรมทางกายเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในวัยผู้สูงอายุ โดยสาธิตท่าแอโรบิกพื้นฐานที่ปลอดภัย เข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน พร้อมให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสุขภาพกายและใจ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนโลหิต และสร้างความสนุกสนานเพลิดเพลินร่วมกันในชุมชน

กิจกรรมที่ 6 ผู้สูงวัย ใส่ใจสุขภาพช่องปาก

กิจกรรมฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุและสาธิตวิธีการดูแลสุขภาพในช่องปาก โดยมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมเรียนรู้วิธีการแปรงฟันอย่างถูกวิธี การทำความสะอาดฟันปลอม และการดูแลเหงือกให้แข็งแรง พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้น เพื่อป้องกันปัญหาเหงือกอักเสบ ฟันโยก และส่งเสริมสุขภาวะช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ ได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ เป็นการถามข้อมูลของผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว การศึกษา อาชีพ การตรวจสุขภาพประจำปี และการตรวจสุขภาพช่องปาก

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ถูก ผิด เป็นข้อคำถาม

ปลายปิดที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ โดยเกณฑ์การแปลผลของคะแนนใช้การพิจารณาระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Bloom et al., 1956)

ความรู้ระดับสูง	คือ	ได้คะแนน ร้อยละ 80-100
ความรู้ระดับปานกลาง	คือ	ได้คะแนน ร้อยละ 60-79
ความรู้ระดับต่ำ	คือ	ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60

ตอนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งการแปลผลของคะแนนใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งระดับทักษะคิด เป็น 3 ระดับ โดยมีความกว้างของชั้น ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงค์, 2540)

ทักษะคิดระดับสูง (3.68–5.00)	คือ	ได้คะแนน 36.68 – 50.00
ทักษะคิดระดับปานกลาง (2.34–3.67)	คือ	ได้คะแนน 23.34 – 36.67
ทักษะคิดระดับต่ำ (1.00–2.33)	คือ	ได้คะแนน 10.00 – 23.33

ตอนที่ 4 ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งการแปลผลของคะแนนใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งระดับความรุนแรง เป็น 3 ระดับ โดยมีความกว้างของชั้น ดังนี้

ความรุนแรงของโรกระดับสูง (3.68–5.00)	คือ	ได้คะแนน 36.68 – 50.00
ความรุนแรงของโรกระดับปานกลาง (2.34–3.67)	คือ	ได้คะแนน 23.34 – 36.67
ความรุนแรงของโรกระดับต่ำ (1.00–2.33)	คือ	ได้คะแนน 10.00 – 23.33

ตอนที่ 5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งการแปลผลของคะแนนใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเป็น 3 ระดับ โดยมีความกว้างของชั้น ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรกระดับสูง (3.68–5.00)	คือ	ได้คะแนน 36.68 – 50.00
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรกระดับปานกลาง (2.34–3.67)	คือ	ได้คะแนน 23.34 – 36.67
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรกระดับต่ำ (1.00–2.33)	คือ	ได้คะแนน 10.00 – 23.33

ตอนที่ 6 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งการแปลผลของคะแนนใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งระดับความคาดหวังในประสิทธิผลเป็น 3 ระดับ โดยมีความกว้างของชั้น ดังนี้

ความคาดหวังในประสิทธิผลระดับสูง (3.68–5.00) คือ ได้คะแนน 36.68 – 50.00

ความคาดหวังในประสิทธิผลระดับปานกลาง (2.34–3.67) คือ ได้คะแนน 23.34 – 36.67

ความคาดหวังในประสิทธิผลระดับต่ำ (1.00–2.33) คือ ได้คะแนน 10.00 – 23.33

ตอนที่ 7 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับคือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติครั้งคราว ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งการแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็น 3 ระดับ โดยมีความกว้างของชั้น ดังนี้

ความคาดหวังในความสามารถระดับสูง (3.68–5.00) คือ ได้คะแนน 36.68 – 50.00

ความคาดหวังในความสามารถระดับปานกลาง (2.34–3.67) คือ ได้คะแนน 23.34 – 36.67

ความคาดหวังในความสามารถระดับต่ำ (1.00–2.33) คือ ได้คะแนน 10.00 – 23.33

ตอนที่ 8 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะที่เป็นทางบวกและทางลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับคือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติครั้งคราว ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยมีความกว้างของชั้น ดังนี้

พฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดี (3.68–5.00) คือ ได้คะแนน 36.68 – 50.00

พฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง (2.34–3.67) คือ ได้คะแนน 23.34 – 36.67

พฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับไม่ดี (1.00–2.33) คือ ได้คะแนน 10.00 – 23.33

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น สำหรับการศึกษาวิจัยไปทำการทดสอบหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของถ้อยคำ ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นนำผลการประเมินมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามทั้งหมดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (ค่ามากกว่า 0.5) แสดงว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสมและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยทำการวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) สำหรับแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้วิธีคำนวณค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (Kuder-Richardson Formula 20: KR-20) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ตามแนวทางของ Cronbach (1984, อ้างถึงใน กัลยา วาณิชยปัญญา, 2561) ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจำแนกตามรายด้าน พบว่า ความรู้ (KR-20 = 0.742) ทักษะ (α = 0.766) การรับรู้ความรุนแรง (α = 0.788) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (α = 0.804) ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง (α = 0.877) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (α = 0.803) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (α = 0.870) โดยมีค่าอยู่ในช่วง 0.742–0.877 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (≥ 0.70) ผลการทดสอบพบว่า มีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.942 ซึ่งอยู่ในระดับสูง แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นและมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการวิจัยได้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้สถิติ โดยใช้การทดสอบ Shapiro–Wilk test การตรวจสอบ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} > 0.05$)

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Paired Samples t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้ ทักษะ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จริยธรรมในการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อจริยธรรมและสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้เข้าร่วม โดยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 091/67 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมให้ผู้เข้าร่วมซักถามและลงนามยินยอมอย่างสมัครใจ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิยกเลิกหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อ การดำเนินงานวิจัยจะทำได้ด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันความเสียหาย และข้อมูลที่เก็บจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ห้ามใช้เพื่อการพาณิชย์หรือวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากงานวิจัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 50 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 32 คน ร้อยละ 64.0 และเพศชาย จำนวน 18 คน ร้อยละ 36.0 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 65-69 ปี จำนวน 32 คน ร้อยละ 64 และอายุระหว่าง 60-64 ปี จำนวน 18 คน ร้อยละ 36 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 15 คน ร้อยละ 30.0 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 คน ร้อยละ 24.0 และโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 38 คน ร้อยละ 76.0 รองลงมาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 9 คน ร้อยละ 18.0 และชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.0 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกร 29 คน ร้อยละ 58.0 รองลงมาประกอบธุรกิจส่วนตัว จำนวน 16 คน ร้อยละ 32.0 และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.0 ตามลำดับ และภายในหนึ่งปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 39 คน ร้อยละ 78.0 และไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 22.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	36.0
หญิง	32	64.0
อายุ		
อายุ 60 – 64 ปี	18	36.0
อายุ 65 – 69 ปี	32	64.0
$\bar{x} = 65.16$, S.D. = 2.46		
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	15	30.0
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	10	20.0
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด	2	4.0
โรคความดันโลหิตสูง	12	24.0
โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด	5	10.0
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวาย	3	6.0
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3	6.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	38	76.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	6.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	18.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	8.0
ธุรกิจส่วนตัว	16	32.0
เกษตรกร ทำสวน	29	58.0
รับจ้างทั่วไป	1	2.0
ตรวจสอบสุขภาพประจำปี		
เคย	39	78.0
ไม่เคย	11	22.0

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.0 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.0 และระดับสูง ร้อยละ 16.0 ภายหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60.0 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.0 และระดับสูง ร้อยละ 36.0 ภายหลังการดำเนินกิจกรรม ส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 94.0 ด้านของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้แก่

ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 และระดับสูง ร้อยละ 44.0 ภายหลังการดำเนินกิจกรรม ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 82.0

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.0 และระดับสูง ร้อยละ 36.0 ภายหลังการดำเนินกิจกรรม ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 92.0

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง ร้อยละ 62.0 และระดับสูง ร้อยละ 38.0 ภายหลังการดำเนินกิจกรรม ส่วนใหญ่เพิ่มเป็นระดับสูง ร้อยละ 96.0

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 และระดับสูง ร้อยละ 40.0 ภายหลังการดำเนินกิจกรรม ส่วนใหญ่มีระดับสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 94.0

ด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ประสงค์ พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.0 ภายหลังการดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 92.0 และไม่พบ ผู้ที่มีพฤติกรรมในระดับต่ำ ภายหลังการดำเนินโปรแกรมสุขศึกษาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n=50)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ความรู้ระดับต่ำ	20	40.0	5	10.0
ความรู้ระดับปานกลาง	22	44.0	15	30.0
ความรู้ระดับสูง	8	16.0	30	60.0
$\bar{X}$, S.D.	5.96, 1.58		7.56, 1.39	
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ทัศนคติระดับต่ำ	0	0.0	0	0.0
ทัศนคติระดับปานกลาง	32	64.0	3	6.0
ทัศนคติระดับสูง	18	36.0	47	94.0
$\bar{X}$, S.D.	33.06, 2.82		40.42, 3.58	
แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค				
ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ความรุนแรงของโรกระดับต่ำ	0	0.0	0	0.0
ความรุนแรงของโรกระดับปานกลาง	28	56.0	9	18.0
ความรุนแรงของโรกระดับสูง	22	44.0	41	82.0
$\bar{X}$, S.D.	32.98, 1.70		36.82, 4.30	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรกระดับต่ำ	0	0.0	0	0.0
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคระดับปานกลาง	32	64.0	4	8.0
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรกระดับสูง	18	36.0	46	92.0
$\bar{X}$, S.D.	32.64, 1.97		37.90, 3.30	

ตัวแปร	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ				
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองระดับต่ำ	0	0.0	0	0.0
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองระดับปานกลาง	31	62.0	2	4.0
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองระดับสูง	19	38.0	48	96.0
$\bar{x}$, S.D.	31.98, 4.30		39.58, 2.86	
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ				
ความคาดหวังในความสามารถตนเองระดับต่ำ	0	0.0	0	0.0
ความคาดหวังในความสามารถตนเองระดับปานกลาง	30	60.0	3	6.0
ความคาดหวังในความสามารถตนเองระดับสูง	20	40.0	47	94.0
$\bar{x}$, S.D.	33.90, 4.07		40.62, 3.51	
พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ประสงค์				
พฤติกรรมระดับต่ำ	2	4.0	0	0.0
พฤติกรรมระดับปานกลาง	28	56.0	4	8.0
พฤติกรรมระดับสูง	22	44.0	46	92.0
$\bar{x}$, S.D.	32.90, 4.01		40.98, 5.09	

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ภายหลังการดำเนินโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทำการดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมสุขศึกษา

ตัวแปร	N	$\bar{x}$	S.D.	Mean different	df	t	95%CI	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง								
ก่อนดำเนินการ	50	5.96	1.58				1.92	
				1.60	49.0	9.90	ถึง	<0.001
หลังดำเนินการ	50	7.56	1.39				1.28	
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง								
ก่อนดำเนินการ	50	33.06	2.82				8.58	
				7.36	49.0	12.12	ถึง	<0.001
หลังดำเนินการ	50	40.42	3.58				6.14	
แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค								
ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง								
ก่อนดำเนินการ	50	32.98	1.70				5.02	
				3.84	49.0	6.54	ถึง	<0.001
หลังดำเนินการ	50	36.82	4.30				2.66	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ								
ก่อนดำเนินการ	50	32.64	1.94				4.26	
				5.26	49.0	10.53	ถึง	<0.001
หลังดำเนินการ	50	37.90	3.30				66.26	
ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ								
ก่อนดำเนินการ	50	31.98	4.30				8.96	
				7.60	49.0	11.22	ถึง	<0.001
หลังดำเนินการ	50	39.58	2.86				6.24	
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ								
ก่อนดำเนินการ	50	33.90	4.07				8.21	
				6.72	49.0	9.09	ถึง	<0.001
หลังดำเนินการ	50	40.62	3.51				5.23	

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	Mean different	df	t	95%CI	p-value
พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ประสงค์								
ก่อนดำเนินการ	50	32.90	4.01	8.08	49.0	13.07	9.32 ถึง 6.84	<0.001
หลังดำเนินการ	50	40.98	5.09					

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีผลทำให้คะแนนด้านความรู้ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังใน ประสิทธิภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการให้โปรแกรม ($p < 0.001$) โดยเฉพาะ พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองมีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (จากค่าเฉลี่ย 32.90 เป็น 40.98; $p < 0.001$) ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมสุขศึกษามีความครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะการปฏิบัติ และการติดตามผล สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมสุขศึกษาที่พัฒนาขึ้นมีการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะ กิจกรรมที่ 1 “ลดเหล้า ลดบุหรี่ ต้าน NCDs” ซึ่งมุ่งส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และการรับรู้ความเสี่ยงจาก ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่ สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมที่เน้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ยังช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่าง เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 5.96 เป็น 7.56 (เพิ่มขึ้น 1.60 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของอำนาจ เมืองแก้ว และคณะ (2563) ที่พบว่าการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มระดับความรู้และนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรม ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมที่ 2 “ตรวจกาย ตรวจใจ

เพื่อสุขภาพที่ดี” และกิจกรรมที่ 4 “กินพอ กินครบ และปลอดภัย” ได้ช่วยเสริมสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพและการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ ซึ่งมีทั้งการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุไม่เพียงแต่รับรู้ข้อมูลแต่ยังเกิดความเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าของการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ทัศนคติเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 33.06 เป็น 40.42 (เพิ่มขึ้น 7.36 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของนุริมาน มะสาและ และคณะ (2567) ที่พบว่า การจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถพัฒนาทัศนคติด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการดำเนินโปรแกรม ซึ่งได้จากกิจกรรมที่ 3 พักผ่อนอย่างไรให้เป็นกำไรชีวิต ที่เน้นให้ผู้สูงอายุเข้าใจผลกระทบของพฤติกรรมนอนที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การใช้สื่อและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถเชื่อมโยงความรู้กับสภาพปัญหาของตนเอง ทำให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของโรคมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจาก 32.98 เป็น 36.82 (เพิ่มขึ้น 3.84 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของชื่นชม สมพล และคณะ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการดำเนินโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมที่ 4 กินพอ กินครบ และปลอดภัย ได้เน้นให้ผู้สูงอายุเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมบริโภคอาหารกับความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ เช่น การเลือกอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ และการจัดเมนูสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 32.64 เป็น 37.90 (เพิ่มขึ้น 5.26 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่อธิบายว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีผลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการดำเนินโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมที่ 5 แอโรบิกม่วนๆ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และลงมือปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำให้ผู้เข้าร่วมเห็นผลลัพธ์เชิงบวกของการออกกำลังกายทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 31.98 เป็น 39.58 (เพิ่มขึ้น 7.60 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของอนันต์ อภิตการ (2561) ที่พบว่า การส่งเสริมประสบการณ์ตรงช่วยเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ

ความคาดหวังในความสามารถตนเอง พบว่า ภายหลังการดำเนินโปรแกรมสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจากกิจกรรมที่ 6 ผู้สูงวัย ใส่ใจสุขภาพช่องปาก ซึ่งเน้นการฝึกทักษะการปฏิบัติจริง เช่น การแปรงฟันและการดูแลฟันปลอม ทำให้สามารถนำไปใช้ได้จริงใน

ชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 33.90 เป็น 40.62 (เพิ่มขึ้น 6.72 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของคณะผู้วิจัยในโครงการ การสร้างสรรค์งานวิจัยจากงานประจำ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข กลุ่มที่ 2 (2566) ที่ชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างทักษะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ภายหลังการดำเนินโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งเป็นผลของการบูรณาการกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมที่ครอบคลุมทั้ง ด้านความรู้ ทักษะ การรับรู้ความเสี่ยง และทักษะการปฏิบัติ โดยโปรแกรมสุขศึกษาได้ออกแบบให้ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และได้ฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้น จาก 32.90 เป็น 40.98 (เพิ่มขึ้น 8.08 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับ การศึกษาของคณะผู้วิจัยในโครงการการสร้างสรรค์งานวิจัยจากงานประจำ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ ศูนย์บริการสาธารณสุข กลุ่มที่ 2 (2566) ที่พบว่าการส่งเสริมความรู้สุขภาพสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมสุขศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนอื่น โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ รวมทั้งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มประชากรและบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศแหล่งทุน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองบริหารการวิจัยและบริการวิชาการ สำนักงานวิทยาเขต เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน). https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1696238995-2521_0.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2566). *รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ*. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/yatm/#p=1>

- กลุ่มพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเครือข่าย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2564). *คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัด ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. <https://anyflip.com/itgte/rnvl>
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2561). *สถิติสำหรับงานวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 12). หจก.สามลดา.
- คณะผู้วิจัยในโครงการการสร้างสรรค์งานวิจัยจากงานประจำ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข กลุ่มที่ 2. (2566). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ*. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/422/R2R/กลุ่มที่%202%20ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้.pdf
- ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล และพัชรพร เกิดมงคล. (2560). *ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31, 57–74. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/100847>
- ธัญญรัตน์ ศุภการนเรศรัษฎ์, กรรณิกา บุญบวร, ภาภรณ์ศิริ อินทรปฐม และโชติกา เพชรเลิศ. (2567). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ตำบลท่าจี่ อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช*. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(4), 485–492. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/279772>
- นิพา ศรีช้าง และลลิตรา กำวี. (2564). *รายงานการพยากรณ์การปลดตกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560–2564*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/5576120250924101343.pdf>
- นุรีมาน มะสาและ, อรณิชา สอนรัตน์, ธนอมขวัญ เบื้องบน, อัคร สุทธิธาดาจันทร์ และวิชชาดา สิมลา. (2567). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง*. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข*, 2(1), 14–25. <https://doi.org/10.55164/jphri.v2i1.270616>
- รัตนารณ เอี่ยมพรม. (2565). *ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุโขทัย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. NU Intellectual Repository. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5560>
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2540). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีรวัฒน์ ทางธรรม, คุณัสภรณ์ มัคคัฒผลานนท์, ผ่องพรรณ ภาโว และวาสนา พูลผล. (2566). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา*. *Journal of Roi Kaensam Academi*, 8(7), 211–225. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/264094>

- สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานประจำปี 2565: แนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. <https://online.fliphtml5.com/hvpvl/evzj/>
- อำนาจ เมืองแก้ว, อิศระพงศ์ เพลิดเพลิน, จิตรรัตน์ ปองทอง และเกษศิริรินทร์ พุทธวงศ์. (2563). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2563. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/257767/177147>
- อนันต์ อพิติการ. (2561). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(1), 20–34.
- American Diabetes Association. (2023). Standards of care in diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Suppl. 1), S1–S291.
- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. David McKay.
- Ellmers, T. J., Wilson, M. R., Norris, M., & Young, W. R. (2022). Protective or harmful: A qualitative exploration of older people's perceptions of worries about falling. *Age and Ageing*, 51(4), 1-10. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac067>
- Milne, S., Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(1), 106–143. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02308.x>
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 91(1), 93–114. <https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803>
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153–176). Guilford Press.
- Wang, Z., Wen, Y. F., Sun, Y. F., & Chen, Q. (2021). Empirical Studies of Classified Performance Evaluation System for Universities' Scientific Research Projects Using DEA-Malmquist. *Jinan Journal (Philosophy and Social Sciences)*, 43(6), 121-132. <https://jnxb.jnu.edu.cn/skb/CN/Y2021/V43/I6/121>

Wu, J., Chen, D., Li, C., & Wang, Y. (2024). Effect of community-based public health service on health-related quality of life among middle-aged and older adults with chronic diseases in China. *BMC Public Health*, 24(1), Article 2039.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19556-w>